

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 septembre 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mme Durussel, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Titulaire d'un Bachelor en hôtellerie et restauration et d'un Bachelor en psychologie, elle travaille depuis [...] au sein de l'Ecole A._____ en qualité de secrétaire et de médiatrice.

Le 12 février 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), expliquant se trouver en incapacité totale de travailler depuis le 4 août 2020 en raison d'un cancer du col de l'utérus.

Dans le cadre de l'instruction, l'Office AI a recueilli divers documents, dont un protocole opératoire portant sur un curetage hémostatique réalisé le 3 août 2020 et un rapport du 19 février 2021 du service de radio-oncologie du centre F._____, lequel posait le diagnostic de carcinome épidermoïde du col de l'utérus (stade FIGO IIIC1), tout en indiquant que l'assurée avait subi une radiochimiothérapie du 24 août au 16 octobre 2020.

Par courrier du 14 juin 2021, l'assurée a fait savoir à l'Office AI qu'elle reprendrait son activité lucrative à un taux de 100 % dès le 1^{er} juillet 2021.

Par communication du 6 octobre 2021, l'Office AI a informé l'assurée qu'elle n'avait pas droit aux prestations, dès lors qu'elle avait repris à plein temps son activité.

B. Le 28 mars 2022, Z._____ a formulé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office AI. Était joint un rapport du 17 janvier 2022 du service d'oncologie médicale du centre F._____, lequel faisait état d'une rechute de carcinome épidermoïde du col de l'utérus, opérée par hystérectomie fin octobre 2021, et d'un trouble anxieux réactionnel.

Par rapport du 26 août 2022, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11 ; depuis septembre 2020). Selon lui, sa patiente était capable de travailler à 50 %, ce tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par rapport du 7 décembre 2022, le service d'oncologie médicale du centre F._____ a exposé que l'assurée était en bon état général et que le dernier bilan d'imagerie du 27 octobre 2022 n'avait révélé aucun signe de récurrence.

Par rapport du 16 juin 2023, le Dr S._____ a une nouvelle fois souligné le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (CIM-10 F33.11). Il a évalué la capacité de travail à 50 %, tout en précisant que ce point devait faire l'objet d'une réévaluation dans six mois.

Dans un avis du 6 juillet 2023, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comportant des volets en psychiatrie et en médecine interne.

Par rapport du 16 septembre 2023, les Drs W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en médecine interne générale, tous deux experts auprès du centre d'expertises Q._____, ont notamment retenu le diagnostic - non incapacitant - de « *[c]arcinome épidermoïde du col de l'utérus cT2b cN1 cMO, stade FIGO IIIC1, avec status post traitement initial par radiothérapie, chimiothérapie et curiethérapie dès juin 2020, et hystérectomie et annexectomie par laparotomie le 29.11.2021* » et le diagnostic - incapacitant - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 F33.0). D'après eux, la capacité de travail de l'assurée s'élevait à 60 % pour des raisons psychiatriques à compter de la date de l'expertise, ce tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée

aux limitations fonctionnelles causées par de la fatigue, une intolérance au stress et des difficultés de gestion émotionnelles.

Dans un avis du 25 septembre 2023, le SMR a jugé l'expertise du centre d'expertises Q._____ non concluante en l'état. Elle a ainsi exigé un complément d'expertise.

Dans un complément du 24 octobre 2023, les Drs W._____ et K._____ ont, en substance, confirmé leurs conclusions.

Dans des avis des 21 novembre 2023 et 18 mars 2024, le SMR a estimé qu'il n'était pas possible de suivre les conclusions de l'expertise du centre d'expertises Q._____, tout en spécifiant qu'au plan somatique, il n'existait aucune atteinte à la santé à même de justifier une incapacité de travail. Elle a de ce fait sollicité la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Par rapport d'expertise du 3 juillet 2024, le Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence les diagnostics de trouble dépressif récurrent (avec épisode actuel moyen depuis mi-avril 2024 ; vraisemblable fluctuation de symptômes dépressifs résiduels [épisode dépressif en rémission partielle] de l'automne 2022 à mi-avril 2024 ; épisode dépressif d'intensité moyenne entre fin 2021 et la fin de l'été 2022 ; possible épisode dépressif de l'automne 2020 à fin juin 2021 [le diagnostic différentiel étant ouvert avec un trouble de l'adaptation en réaction au diagnostic de cancer] ; vraisemblable épisode dépressif d'intensité significative en 2008 [avec nécessité d'un arrêt de travail de deux semaines et la prise de bupropion durant environ un an, prescrit par le médecin de premier recours) ; vraisemblable épisode dépressif d'intensité significative en 2001 [avec prise en charge spécialisée ambulatoire et médication X]) et de difficultés dans les rapports avec l'ex-conjoint (CIM-10 Z63.0), compatibles avec des troubles de l'adaptation, réactions mixtes anxieuses, principalement avec composante dépressive (CIM-10 F43.33). Il a attesté une incapacité de travail de 37,5 % dès mi-avril 2024 dans n'importe quelle activité, tout en

expliquant qu'en raison d'une baisse du dynamisme, d'une fatigabilité psychique (baisse de l'endurance et de la résistance) et de difficultés de structuration appropriée des tâches, l'assurée devait pouvoir se reposer 10 minutes toutes les 50 minutes.

Dans un avis du 8 juillet 2024, le SMR a fait siennes les conclusions du Dr Y._____.

Par projet de décision du 25 juillet 2024, l'Office AI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui nier le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.

Le 12 septembre 2024, l'assurée, désormais représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a fait part à l'Office AI de ses objections quant à ce projet de décision.

Par décision du 8 octobre 2024, l'Office AI a confirmé son projet de décision.

C. **a)** Le 12 novembre 2024, Z._____, sous la plume de son conseil, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui soit reconnu dès le 26 novembre 2022 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction et nouvelle décision. Entre autres pièces, était joint un rapport du 10 octobre 2024 du Dr S._____.

b) Par réponse du 18 décembre 2024, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a produit, en annexe, un avis du 12 décembre 2024 de son service médical.

c) Par réplique du 31 janvier 2025, Z._____ a maintenu ses conclusions. Elle a joint un rapport du 29 janvier 2025 du Dr S._____.

d) Par duplique du 4 mars 2025, l'Office AI a réitéré ses conclusions. Il a versé au dossier un avis du 13 février 2025 de son service médical.

e) Dans une écriture du 2 avril 2025, Z. _____ a, à nouveau, confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement le droit à une rente d'invalidité.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal

applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas présent, la seconde demande de prestations a été déposée le 28 mars 2022. Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui trouvent application.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir

s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, sur le plan somatique, la recourante a été diagnostiquée d'un carcinome épidermoïde (cancer) du col de l'utérus en août 2020, lequel a été traité par curetage hémostatique et radiochimiothérapie (cf. rapport du 19 février 2021 du service de radio-oncologie du centre F._____). Elle a recouvré une pleine capacité de travail en juillet 2021. Fin octobre 2021, elle a présenté une rechute de son cancer. Une hystérectomie a été effectuée avec succès (cf. rapport du 17 janvier 2022 du service d'oncologie médicale de ce même centre hospitalier), un bilan d'imagerie réalisé une année après n'ayant mis en évidence aucun signe de récurrence (cf. rapport du 7 décembre 2022 de ce dernier service). Elle a repris progressivement son activité dès le mois de février 2022, pour atteindre un taux de 50 % en juillet 2022. Dans le volet de médecine interne du rapport d'expertise du 16 septembre 2023, le Dr K._____ a posé une série de diagnostics non incapacitants, dont celui de carcinome épidermoïde du col de l'utérus, avec status post-traitement initial par radiothérapie, chimiothérapie et curiethérapie et hystérectomie et annexectomie par laparotomie, tout en attestant que la recourante était en mesure de travailler à 100 % dans toute activité. Des investigations gastroentérologiques ont encore été menées, lesquelles n'ont révélé aucune atteinte invalidante (cf. avis du SMR du 18 mars 2024). Enfin, en

mai 2024, la recourante a été diagnostiquée d'une maladie de Basedow, laquelle a fait l'objet d'un traitement (cf. avis du SMR du 8 juillet 2024).

b) Aussi, force est de constater que la recourante ne souffre d'aucune pathologie physique incapacitante. L'atteinte principale, à savoir le carcinome épidermoïde du col de l'utérus, est aujourd'hui traitée. Il en est de même des autres atteintes. La recourante ne fait d'ailleurs valoir aucun problème de santé sur ce plan, étant précisé qu'elle a déclaré au Dr Y. _____ ne plus présenter de troubles gastro-intestinaux. Aucun rapport des médecins traitants ne vient du reste contredire ce constat. Dans ces conditions, il convient de valider les conclusions du Dr K. _____ et du SMR et de reconnaître à l'intéressée une pleine capacité de travail sur le plan somatique.

6. a) Du point de vue psychiatrique, un premier examen clinique a été effectué par la Dre W. _____ en septembre 2023, dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire confiée au centre d'expertises Q. _____. Cette spécialiste a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 F33.0). Elle a évalué la capacité de travail résiduelle de la recourante à 60 % à compter de la date de l'expertise, ce tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles occasionnées par de la fatigue, une intolérance au stress et des difficultés de gestion émotionnelles. Le SMR a cependant considéré, dans son avis du 21 novembre 2023, que les conclusions de l'experte psychiatrique, malgré le complément du 24 octobre 2023, n'étaient pas probantes, dès lors qu'elles ne permettaient pas de valider le diagnostic précité au regard de la symptomatologie observée ni de comprendre les raisons pour lesquelles la capacité de travail s'était légèrement améliorée à la date de l'expertise, laquelle était passée de 50 % (telle qu'initialement attestée par le Dr S. _____ dans ses rapports des 28 juin et 26 août 2022 et du 16 juin 2023) à 60 %. L'intimé a donc mandaté le Dr Y. _____ aux fins de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique. Dans son rapport du 3 juillet 2024, celui-ci a fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent et de difficultés dans les rapports avec l'ex-conjoint (CIM-10 Z63.0), compatibles avec des troubles de l'adaptation, réactions mixtes

anxieuses, principalement avec composante dépressive (CIM-10 F43.33), tout en certifiant une incapacité de travail dans toute activité de 100 % du 26 novembre 2021 au 5 février 2022, de 70 % du 6 février au 31 mars 2022, de 60 % du 1^{er} avril au 30 juin 2022, de 50 % du 1^{er} juillet au 30 août 2022, de 40 % du 1^{er} au 30 septembre 2022, de 30 % du 1^{er} au 31 octobre 2022, de 20 % du 1^{er} novembre 2022 à mi-avril 2024 et de 37,5 % par la suite.

b) Cela étant, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir sollicité la mise en œuvre d'une seconde expertise psychiatrique au motif que celle menée par la Dre W._____ n'était pas probante. En effet, les explications apportées par cette dernière dans le complément du 24 octobre 2023 pour justifier une amélioration de la capacité de travail de la recourante en septembre 2023, date de l'expertise du centre d'expertises Q._____, ne sont pas convaincantes. Si le Dr S._____ a bel et bien constaté un ralentissement psychomoteur chez sa patiente dans ses rapports des 28 juin et 26 août 2022, ce symptôme n'est plus décrit dans son rapport du 16 juin 2023. Partant, il ne peut être déduit du simple fait que l'experte psychiatre n'a pas observé un tel ralentissement psychomoteur lors de son examen clinique que ce symptôme était encore présent peu avant le mois de septembre 2023 et que l'état dépressif est passé, au jour de l'expertise, d'une gravité moyenne à une gravité légère, entraînant une augmentation de la capacité de travail de l'ordre de 10 %. Il ne s'agit en définitive que d'une supposition, laquelle n'est étayée par aucun élément objectif. La Dre W._____ n'a au demeurant pas motivé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, selon les règles de l'art (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1). A cet égard, elle s'est référée aux critères de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), en observant notamment – parmi les cinq symptômes minimums requis – des idées de mort. Or, selon cette classification, pour retenir un trouble dépressif, les pensées suicidaires doivent être récurrentes. En relevant uniquement des idées suicidaires ponctuelles (« *des fois [la recourante] aimerait que ça s'arrête de ne pas être bien* »), il semble que l'experte a apprécié de manière erronée ce critère. Enfin, on retrouve plusieurs contradictions et

imprécisions dans le cadre de l'analyse des indicateurs de l'ATF 141 V 281. La Dre W. _____ a ainsi fait part d'une « *certaine anxiété* » au titre de comorbidité. Or il sied de rappeler qu'un trouble qui ne peut pas, en soi, avoir valeur de maladie ne saurait acquérir la fonction de comorbidité, mais peut seulement être pris en compte dans l'examen de l'indicateur de la « personnalité » (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). S'agissant des ressources externes (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3), il ressort de l'évaluation consensuelle du 16 septembre 2023 que la recourante dispose d'un bon réseau d'amis, qu'elle voit environ deux fois par mois. La description - faite par l'experte psychiatre dans le complément d'octobre 2023 - d'une assurée « *très peu entourée* » contraste de ce fait fortement avec cette première observation. Quant à la catégorie de la « cohérence », la Dre W. _____ a soutenu que la recourante était limitée uniformément dans tous les domaines de la vie, dans la mesure où elle avait arrêté la danse, le chant et le dessin, sans pour autant tenir compte du fait que celle-ci continuait à faire du fitness deux fois par semaine. Dès lors, sur le vu de ce qui précède, l'expertise du Dr Y. _____ ne saurait être considérée comme une « *second opinion* » - prohibée par la jurisprudence -, mais bien comme un complément d'instruction nécessaire au regard des lacunes de l'expertise du centre d'expertises Q. _____ sur le plan psychiatrique (cf. TF 8C_592/2021 du 4 mai 2022 consid. 7.1.2).

c) aa) Le volet psychiatrique de l'expertise du centre d'expertises Q. _____ ayant été, à bon droit, écarté par l'intimé, il convient d'examiner si ce dernier était légitimé à se fonder sur les conclusions du Dr Y. _____ pour déterminer la capacité de travail résiduelle de la recourante.

Cela étant, il apparaît que les points litigieux, dont la question - centrale - de la gravité fluctuante du trouble dépressif, ont été examinés de manière circonstanciée. L'expert a, à ce titre, décrit avec précision l'évolution des épisodes dépressifs, exposant en particulier que leur intensité était moyenne entre fin 2021 et la fin de l'été 2022 (soit après l'annonce du diagnostic oncologique et sa prise en charge initiale), puis en rémission dès l'automne 2022, avant de redevenir moyenne à compter de

mi-avril 2024. Selon lui, il n'existait pas assez d'arguments convaincants en faveur de la persistance de l'intensité moyenne de la dépression à partir de la fin de l'été 2022, le Dr S._____ ayant notamment fait état, en août 2022, d'une rémission partielle. Un trouble anxieux au sens strict ne pouvait pas non plus être retenu, les symptômes anxieux étant suffisamment expliqués par les troubles de l'adaptation, les épisodes dépressifs et les traits de personnalité. Le rapport du Dr Y._____ repose en outre sur des examens psychiatriques complets, dont une analyse des aptitudes de la recourante à l'aune de la Mini CIF-APP, et a été établi en pleine connaissance du dossier, y compris des différents rapports du psychiatre traitant, ainsi que d'un lot de documents supplémentaires récoltés durant l'expertise et concernant les relations difficiles qu'entretient la recourante avec son ex-époux. Il tient par ailleurs compte des plaintes exprimées par l'intéressée, spécifiquement celles en lien avec les problèmes de concentration, la tristesse, le sentiment de culpabilité, l'anhédonie et la fatigue. La situation médicale a pour finir été décrite et appréciée de façon claire et les conclusions ont été bien motivées.

Sur ce dernier point, le Dr Y._____ a - conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. *supra* consid. 3c) - posé les différents diagnostics selon les règles de l'art. L'épisode dépressif actuel d'intensité moyenne se justifiait ainsi au vu de la présence, sur le plan anamnestique, d'une humeur dépressive avec une tristesse, une diminution de l'intérêt et du plaisir significative, des difficultés d'endormissement, une asthénie, des idées moroses, des ruminations, des difficultés de concentration et un sentiment de culpabilité, de même que, sur le plan clinique, d'une humeur triste, d'une labilité émotionnelle lorsque certains sujets étaient abordés, une pensée légèrement à moyennement rétrécie et centrée sur les aspects négatifs, une anxiété associée à une tendance à l'anticipation anxieuse et une fatigabilité psychique. L'expert a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, il s'est prononcé sur le degré de gravité de l'épisode dépressif, en qualifiant ce trouble actuellement de moyen (cf. ATF 141 V 281 4.3.1.1). Il a de surcroît exclu une résistance au traitement, en l'absence de prescription d'une

médication adaptée aux recommandations de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (ci-après : la SSPP ; cf. ATF 141 V 281 4.3.1.2 ; voir également : Jörg Jeger, BGE 141 V 281 : Ein Sommernachtstraum oder viel Lärm um nichts ?, in HAVE/REAS 2/2018 p. 156). Sur le plan de la personnalité, il a mis en évidence des ressources personnelles sous la forme de capacités intellectuelles intactes et une bonne capacité d'introspection, d'analyse et de remise en question. Il n'a pas constaté de trouble de la personnalité, faute « *d'attitudes ou de comportements nettement disharmonieux au fil de l'existence et présents dans plusieurs domaines de la vie* ». Les « fonctions complexes du Moi » étaient partiellement conservées, avec un sens des réalités intact et des limitations peu prononcées dans la capacité à porter des jugements, mais avec des difficultés à contrôler les affects et une baisse du dynamisme (cf. ATF 141 V 281 4.3.2). S'agissant du contexte social dans lequel la recourante évoluait, le Dr Y._____ a exposé que la relation qu'entretenait cette dernière avec son fils devait être considérée comme une ressource au vu sa qualité. Elle pouvait également compter sur un important soutien de la part de sa tante maternelle, de même que sur quelques amis (cf. ATF 141 V 281 4.3.3). Enfin, sur le plan de la cohérence, l'expert a estimé que la symptomatologie impactait de manière partielle et similaire les différents domaines de la vie personnelle, relationnelle et professionnelle, les activités étant toutes réalisables, mais leur fréquence et leur intensité devant être ajustées (cf. ATF 141 V 281 4.4.1). La recourante faisait au surplus preuve de compliance vis-à-vis des options thérapeutiques qui lui étaient offertes. Dès l'annonce de son cancer, elle s'était de ce fait tournée vers des spécialistes de la santé mentale et avait rapidement bénéficié d'un suivi ambulatoire psychiatrique et psychothérapeutique (cf. ATF 141 V 281 4.4.2).

bb) Partant, sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport du 3 juillet 2024 du Dr Y._____ et de retenir une incapacité de travail dans toute activité de 100 % du 26 novembre 2021 au 5 février 2022, de 70 % du 6 février au 31 mars 2022, de 60 % du 1^{er} avril au 30 juin 2022, de 50 % du 1^{er} juillet au 30 août 2022, de 40 % du 1^{er} au 30 septembre 2022, de 30 % du 1^{er} au 31

octobre 2022, de 20 % du 1^{er} novembre 2022 à mi-avril 2024 et de 37,5 % *a posteriori*. Il convient à cet égard de spécifier que cette dernière évaluation est calculée sur la base du temps de travail effectif de la recourante auprès de l'École A. _____, soit 25 heures par semaine (pour une présence de 30 heures), au regard d'un horaire hebdomadaire de 40 heures à 100 % ($[40 - 25] \times 100 : 40 = 37,5 \%$).

d) Les documents produits par la recourante dans le cadre de la présente procédure ne sont au demeurant pas susceptibles de jeter le doute sur les conclusions du Dr Y. _____. Ainsi, s'agissant du rapport du 10 octobre 2024 du Dr S. _____, le fait que l'expert ait utilisé le code F31 de la CIM-10 au lieu du code F33.11 pour se référer au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, ne constitue qu'une simple erreur de plume, sans impact sur la validité du diagnostic, lequel a – pour rappel (cf *infra* consid. 6c/aa *in fine*) – été motivé à satisfaction. L'évaluation de la capacité de travail réalisée par le Dr Y. _____ se révèle de plus cohérente, dès lors qu'elle correspond à celle effectuée par les médecins traitants entre le 26 novembre 2021 et le 30 août 2022, puis, dès l'automne 2022, aux fluctuations de l'intensité du trouble dépressif constatées. Rien ne laisse de surcroît à penser que l'expert aurait sous-estimé les symptômes de la recourante. Il ressort au contraire de son rapport que son appréciation a été fondée sur la base de la symptomatologie observée dans l'anamnèse et lors de l'examen clinique. L'affirmation selon laquelle les changements de traitements récents n'ont pas été pris en compte par l'expert est en outre erronée, dans la mesure où ce dernier a bel et bien précisé dans son rapport que, dès 2024, la prise en charge ambulatoire s'était intensifiée et la médication suivait désormais les recommandations de la SSPP. Du reste, comme l'explique – à juste titre – le SMR dans son avis du 12 décembre 2024, la seule description de limitations fonctionnelles ne permet pas, à elle seule, d'estimer la capacité de travail d'une personne, une évaluation globale tenant compte de l'activité professionnelle devant être menée. La référence au diagnostic différentiel de trouble de l'adaptation pour la période courant entre l'automne 2020 et la fin du mois de juin 2021 ne semble enfin pas inappropriée. En effet, ainsi que l'expose le SMR de son

avis précité, un état anxio-dépressif, dont la survenance est plausible après un cancer et son traitement, peut aller dans le sens d'un trouble - réactionnel - de l'adaptation. Ce dernier peut entraîner une humeur dépressive pouvant évoluer sur un laps de temps de deux ans. Quant au rapport du 29 janvier 2025 du Dr S._____, il fait état d'une aggravation de l'état dépressif de la recourante vers la fin du mois de novembre 2024. Ces nouveaux éléments ne peuvent donc pas être pris en considération dans le cadre du présent litige, étant donné que la légalité de la décision litigieuse doit être appréciée à l'aune de l'état de fait existant au moment où cette dernière a été rendue, à savoir au 8 octobre 2024 (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 8C_105/22 du 12 juillet 2022 consid. 4.1). Il est néanmoins loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé si elle estime avoir subi ultérieurement à cette décision une péjoration substantielle de son état de santé à même d'impacter son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

6. Dans la mesure où la recourante a présenté une capacité de travail - fluctuante - dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, il s'agit encore d'évaluer son degré d'invalidité, dans le but de déterminer si elle peut prétendre à l'octroi d'une rente. Ainsi, à l'issue du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. *supra* consid. 3b), soit le 26 novembre 2022, l'incapacité de travail s'élevait à 20 %, avant d'atteindre 37,5 % dès la mi-avril 2024. Etant donné que la recourante est à même d'exercer son activité habituelle de médiatrice scolaire, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C_562/2022 du 12 septembre 2023 ; voir aussi TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et les références). C'est en conséquence à juste titre que l'intimé a nié à l'intéressée le droit à une rente, le seuil d'invalidité de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI (cf. *supra* consid. 3b) n'étant pas atteint, ce quelque que soit la période visée.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 8 octobre 2022 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Z._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :